

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

214

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 10 juin 1891, à 1 heure

PAR

A. BONNEL

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Né à La Roche (Lozère), le 2 août 1865.

CARIE COSTALE

ET

ABCÈS FROIDS THORACIQUES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{FOURNIER, professeur.} \\ \text{DEJERINE, TUFFIER, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1891

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554032_0043

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

No

214

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 10 juin 1891, à 1 heure

PAR

A. BONNEL

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Né à La Roche (Lozère), le 2 août 1865.

CARIE COSTALE ET ABCÈS FROIDS THORACIQUES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : { MM.
FOURNIER, professeur.
DEJERINE, TUFFIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TILLAUD.
Thérapeutique et matière médicale.....	REGNAULD.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE.
	STRAUS
	G. SEE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	VERNEUIL.
	LE FORT.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISSAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TROISIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE	LETULLE.	RETERER.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIDEMONT-DESSAIGNES	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A M. LE SÉNATEUR TH. ROUSSEL

Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage de profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur TILLAUX

Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien à l'Hôtel-Dieu,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION.

Ce sujet manquerait peut-être un peu d'intérêt si nous n'avions pas l'intention de mettre en relief l'intervention radicale et systématique, préconisée par mon maître M. Quénu et par M. Tuffier, dans ce genre d'affection.

En effet, en présence d'un abcès froid de la paroi thoracique de volume très variable, toujours ils cherchent à trouver une lésion osseuse superficielle ou cachée et toujours leur opération se termine par l'ablation de la partie de côte malade.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Tillaux de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous prions M. Quénu, qui nous a prodigué ses conseils et M. Tuffier qui a bien voulu nous fournir quelques renseignements, M. les professeurs Tillaux, Verneuil, Dujardins, Beaumetz, nos premiers maîtres dans les Hôpitaux, M. Descroizilles, médecin aux enfants malades, Marchand, chirurgien à Saint-Antoine, Cuffer, médecin à Tenon, le professeur Tarnier, dans les services desquels nous avons accompli nos années d'externat, d'agréer l'assurance de notre gratitude pour l'enseignement qu'ils nous ont donné.

CAUSES ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Etiologie. — Les lésions osseuses qui sont le point de départ fréquent des abcès froids du thorax ne sont pas rares. Nélaton classait les os atteints de tuberculose dans l'ordre suivant : 1° vertèbres ; 2° tibia femur ; 3° phalanges, metatarsiens, metacarpiens ; 3° côtes, sternum, os iliaque ; 5° os du tarse et du carpe ; 6° temporal. C'est dire que les lésions costales ne sont pas une exception.

L'âge n'est pas sans exercer son influence, et en essayant d'en faire la statistique on s'aperçoit que le jeunesse paye le plus grand contingent, la vieillesse en étant presque indemne. Comme compensation, ces lésions sont bien plus graves dans la vieillesse. Tandis que chez l'enfant elles guérissent quelquefois par un traitement général approprié, chez le vieillard les interventions les plus radicales n'empêchent pas toujours une généralisation tuberculeuse.

Le sexe a aussi son importance, et en compulsant nos observations nous n'en trouvons qu'une relative à une femme (Obs. II). La différence d'existence n'expliquerait-elle pas cette fréquence beaucoup moindre ?

A côté de ces causes générales dont l'action est toujours assez obscure à démontrer, nous en trouvons d'autres bien plus importantes. Nous voulons parler des lésions tuberculeuses antérieures.

L'hérédité agit ici comme partout ailleurs en créant une prédisposition de l'individu pour la réceptivité de l'agent infectieux.

Les lésions tuberculeuses personnelles ont une bien plus grande valeur. Les observations de lésions pleuro-pulmonaires propagées aux côtes abondent. Réciproquement, une pleurésie purulente peut succéder à une carie costale.

Comment les choses peuvent-elle se passer ?

La thèse de Sanchez-Toléro, 1886, semble nous donner l'explication de ces faits. Il démontra en effet, par de nombreuses expériences, que bien des adénites, surtout celles de l'aisselle, dont on ne trouvait pas de causes, devaient être rattachées à des lésions tuberculeuses pleuro-pulmonaires propagées par les lymphatiques unissant les deux régions entre elles. N'en serait-il pas de même pour les abcès froids extra-thoraciques ? Déjà Leplat, en 1865, dans les *Archives générales de médecine*, a démontré que ces abcès froids étaient souvent consécutifs à une pleurésie ancienne, et bien que les anastomoses des lymphatiques ne soient pas bien connues, on doit admettre cette propagation de proche en proche.

D'ailleurs la thèse du docteur Rieffel, médaille d'or des hôpitaux, sur les néoplasies récidivées du sein, vient encore nous aider dans notre démonstration. Cette propagation se ferait par les nerfs et les vaisseaux passant par l'espace intercostal perforé antérieur.

Que dire du traumatisme tant de fois invoqué dans l'étiologie des abcès froids ? Nous ne contesterons pas sa valeur : Il agit surtout en réveillant en un point déjà malade, à l'état

latent du moins, une diathèse qui n'attendait qu'une occasion pour évaluer.

Nous concluons donc pour l'étiologie en disant que les affections pleuro-pulmonaires jouent un rôle prépondérant comme point de départ des abcès froids thoraciques, que ces lésions se propagent par continuité avec le tissu de l'espace perforé antérieur, d'où épanouissement extra-thoracique du processus sous forme d'abcès froid.

Anatomie pathologique. — Ces collections purulentes ont-elles un lieu de prédilections sur cette cage thoracique ? Les observations nous prouvent la grande prédominance de ces lésions sur les côtes et surtout aux environs de l'angle costal ou de l'articulation chondro-costale. Pourtant il n'y a pas de point qui soit à l'abri. Le sternum lui-même n'est pas exempt (Observation de M. Tuffier (Obs. VII).

En haut ces abcès sont situés sous le grand pectoral où ils s'étalent entre lui et la paroi thoracique osseuse ; plus bas, c'est le grand dentelé qui les recouvre, pouvant d'ailleurs fuser dans toutes les directions.

Ils sont supportés par la face externe des côtes, les muscles intercostaux et les cartilages.

Ces abcès ont des formes fort variables. A côté des abcès simples formant une tumeur bien limitée, sans propagation lointaine, on trouve une forme d'abcès très fréquente, désignée sous le nom d'abcès en bouton de chemise. Ils sont caractérisés par une collection purulente superficielle communiquant par un petit détroit avec une autre poche profonde, située sous la paroi thoracique et souvent plus considérable que celle qui apparaît à l'extérieur. D'ailleurs, il est souvent

très difficile de diagnostiquer de prime abord ce genre d'abcès si fréquent, et quand nous parlerons du diagnostic nous essayerons de montrer les symptômes qui les caractérisent en insistant sur l'utilité qu'il y aurait à les découvrir pour un traitement rationnel et radical.

Ces abcès ont un volume fort variable et à côté d'une petite tumeur grosse comme une noisette on trouvera des collections énormes rappelant par leur volume une orange.

La structure de ces abcès, si bien étudiée par le professeur Lannelongue, dans son ouvrage intitulé (*Abcès froids et tissu osseux*), est celle de tout abcès tuberculeux. Nous ne ferons que résumer ces données. Occupons nous d'abord des lésions osseuses dans la carie. *Ollier* a magistralement décrit, dans le *Diction. Encyclop. des sciences médicales*, art. *Carie*), les lésions auxquelles on reconnaîtra une carie tuberculeuse.

« Augmentation de la vascularité de l'os, dont la surface dénudée est recouverte de fongosités plus ou moins végétales, raréfaction de son tissu, friabilité des trabécules osseuses, plus ou moins infiltrées de pus, coloration variable du contenu des espaces médullaires, remplis en un point d'un tissu rougeâtre ou lie de vin, en un autre d'un tissu gélatineux grisâtre parsemé de points purulents ; ailleurs enfin remplis d'un tissu adipeux et pâle, mais encore reconnaissable et d'autant plus altéré qu'on se rapproche du foyer principal de la maladie ; et au milieu des fongosités, de petites parcelles osseuses complètement détachées, ou des séquestres vasculaires tenant encore aux bourgeons médullaires par de faibles adhérences. »

Pour être complet, disons un mot de la carie sèche décrite par Virchow et dont Volkmann en 1867, donna une bonne description. Il s'agit encore ici d'une ostéite tuberculeuse caractérisée par l'absence à peu près complète de fongosités et son peu de tendance à la suppuration.

L'étude de la poche qui environne l'abcès ossifluent consécutif est toute aussi intéressante. Etudions-en les principaux caractères.

C'est au professeur Lannelongue que nous devons la connaissance parfaite de ces abcès froids.

La paroi de l'abcès est formée par une membrane qui mérite une étude spéciale. La surface interne, celle qui se trouve au contact de la matière puriforme, débris ramollis et liquéfiés de la masse tuberculeuse primitive, est rarement lisse, mais presque toujours inégale, mamelonnée, villeuse ou tomenteuse, aréolaire parfois, soulevée çà et là par les vaisseaux, les nerfs, les aponévroses dissociées, vestiges du tissu normal, tel qu'il était avant l'envahissement des follicules tuberculeux.

Lorsqu'on enlève avec une fine éponge les masses pultacées, les lambeaux floconneux, les débris caséifiés, les inégalités de la surface sont semées d'un pigmenté vasculaire et parcourues par des stries rouges, des arborisations capillaires, des vaisseaux dont les tuniques embryonnaires se rompent et déterminent les hémorragies si fréquentes dans les abcès froids.

La paroi elle-même est de formation récente. Le dépôt tuberculeux primitif maintenant liquéfié a provoqué dans les tissus avoisinants des proliférations cellulaires ; ce sont les

bacilles qui, en s'avancant au delà de leurs premières limites, déterminent l'apparition d'éléments embryonnaires ; des cellules géantes se développent, et autour d'elles, s'édifient les follicules tuberculeux voués aussi à une destruction prochaine, car cette membrane se fendra à son tour. Ces abcès froids s'accroissent donc de par cette régression incessante de la paroi amienne et la formation d'une paroi nouvelle destinée à une future liquéfaction.

La surface externe de la paroi se détache difficilement des tissus qui l'environnent ; à l'œil nu on constate entre elle et eux une véritable continuité. Des traînées embryonnaires fusent en suivant les vaisseaux et c'est ainsi que se fait l'accroissement graduel de ces abcès.

Cette membrane d'enveloppe farcie de nodules, de follicules et de bacilles, contribue à l'extension de l'abcès en inoculant de proche en proche le tubercule à tous les tissus qu'elle touche. Par sa face interne, qui subit constamment la dégénérescence caséuse et purulente, elle alimente le contenu de la poche.

Quel est donc le contenu de cette poche ? Peut-on diagnostiquer la nature de cette collection par les caractères du liquide ?

Ce contenu est constitué par du pus sérieux, grumeleux, mal lié. On y trouve au microscope des masses d'éléments granulo-graisseux, des globules rouges en quantité variable. Les bacilles y sont rares, leur habitat de prédilection étant les couches les plus externes de la membrane pyogénique. Parfois, au milieu de ce liquide caséux, on trouve de petits séquestres sous la forme de poussières osseuses. S'il

se produit de petites hémorrhagies, le pus devient brunâtre, lie de vin plus ou moins foncé.

C'est à cette période que l'abcès froid s'enflamme en général et donne naissance aux fistules thoraciques, vestiges d'un abcès froid antérieur.

Ces fistules sont en général remplies de fongosités, molles, blafardes, d'aspect misérable.

Nous voilà donc en présence d'un abcès froid de la paroi thoracique. D'où vient-il ? quel peut en être le point de départ ?

Ce problème a été résolu, du moins pour nous, en constatant l'uniformité des lésions trouvées au cours des opérations. Aucune autopsie n'a pu nous venir en aide dans notre démonstration, mais nous sommes persuadés qu'un semblable examen n'aurait fait que nous confirmer ce que nous avançons.

Chonè, dans une thèse soutenue en 1873 et inspirée par Gaujot, classait les abcès de la paroi thoracique. Il s'exprimait ainsi : « En dehors des abcès phlegmoneux ordinaires, des abcès froids idiopathiques qui peuvent se montrer à la paroi thoracique comme partout ailleurs, des abcès par congestion, symptomatiques d'une carie vertébrale, costale ou sternale et enfin des suppurations provenant d'un empyème ayant perforé les espaces intercostaux, on observe encore plus particulièrement, dans les hôpitaux militaires, une catégorie d'abcès froids ou subaigus ayant une physionomie, une marche et une évolution particulière et dont le développement coïncide avec une périostite des os sous jacents soit que cette périostite précède la collection purulente ou lui succède ».

Cependant l'uniformité des lésions que nous avons toujours trouvées, nous oblige à faire des réserves sur l'exactitude des faits rapportés par Chonè, et nous pensons que bien des abcès froids, considérés par cet auteur comme succédant à des périostites, étaient dus à une lésion osseuse profondément située et sur laquelle la clinique ne pouvait souvent donner aucun renseignement.

Le squelette de la cage thoracique est formé par l'association du sternum en avant, les côtes et les cartilages costaux unissant les côtes au sternum.

Toutes les parties ne sont pas également atteintes, et à côté d'une observation de carie sternale que nous citons à la fin de notre mémoire, nous en trouvons des quantités où la lésion costale seule existait.

Les arcs costaux payent donc le grand contingent dans le nombre de ces lésions osseuses. Si on surprend la maladie à son début, on a beaucoup de chances pour trouver un seul os lésé. Mais si l'affection a évolué silencieusement pendant longtemps, le nombre de côtes touchées est fort variable et souvent pour venir à bout du mal doit-on enlever plusieurs morceaux de plusieurs côtes. En général, une, deux ou trois côtes sont atteintes.

Si on vient à ouvrir un de ces abcès froids, il peut arriver qu'on tombe de prime abord sur une lésion osseuse de la face externe d'une côte. En pareil cas on gratte à la curette tranchante après s'être bien assuré qu'il n'y a pas d'autres lésions cachées.

Mais le cas de beaucoup le plus fréquent est celui où après avoir ouvert cet abcès on ne trouve aucune lésion capable d'ex-

plier cette collection. Regardez-y de près, et alors, après quelques hésitations, on trouvera généralement un petit pertuis, remplis de fongosités, généralement à direction de dedans en dehors, presque toujours aux environs de l'articulation chondro-costale.

Introduisez alors un stylet flexible dans le conduit et règle générale la pointe ira butter contre un point osseux dénudé, situé à la face profonde de la côte. Voilà le point de départ habituel de l'abcès froid thoracique.

M. Tuffier a cité, dans une leçon faite à l'hôpital Cochin et qui a été publiée dans la *Semaine médicale* de 1890, le cas de plusieurs malades, porteurs de vastes abcès froids de la région thoracique, abcès qui avaient été grattés, injectés et qui avaient récidivé. Il les opéra à son tour, et après quelques recherches délicates il parvint à trouver le pertuis qui le conduisit sur la lésion osseuse profonde, cause de cette récidive.

Comme nous l'avons dit, l'ouverture de ce petit orifice se trouve en général aux environs de l'articulation chondro-costale. Une lésion articulaire tuberculeuse ne serait-elle pas ici, comme dans bien des endroits, le point de départ de ces caries qui par le fait ne seraient que consécutives à une arthrite? Malheureusement nous ne pouvons pas fournir de preuves assez bien établies qui nous permettraient d'affirmer ce qui pour nous n'est qu'une hypothèse.

Les cartilages ne sont pas à l'abri de ces lésions, et bien que la carie ici soit plus rare que celle des côtes, les observations de carie chondrale ne sont pas rares. (Observation V, communiquée par M. Guillemain).

Nous concluons donc en disant que le point de départ de tout abcès froid de la paroi thoracique, en règle générale, est d'origine osseuse ou cartilagineuse.

Le sternum peut être en cause, mais le cas le plus fréquent est une lésion chondro-costale.

L'origine squelettique des abcès froids thoraciques étant démontrée, il serait fort intéressant de pouvoir la deviner, la limiter surtout au point de vue de l'intervention. Malheureusement, la clinique nous laisse trop souvent dans le doute et en étudiant la marche et les symptômes de cette affection osseuse, nous verrons toutes les difficultés qu'on aura pour arriver à un diagnostic précis.

SYMPTOMES ET MARCHE

Le début des abcès froids de la région thoracique est comme d'habitude insidieux. Il y a toujours plusieurs mois que le malade a vu commencer une petite tumeur à laquelle il n'attachait aucune importance quand il vient trouver le médecin. Quelquefois c'est une contusion qui a mis le sujet en éveil.

De prime d'abord et par la vue seule, on aperçoit une tumeur, allongée dans le sens d'une côte, siégeant généralement sur les parties latérales du thorax, en avant de l'angle de la côte, tumeur de volume fort variable.

La peau qui recouvre cette collection n'a pas généralement changé de coloration. Toutefois, à certains moments, on peut observer des poussées plus ou moins aiguës s'accompagnant de douleurs et même d'un peu de rougeur des téguments. Cette enveloppe cutanée est mobile sur cette collection qui semble enkystée dans la profondeur.

Si maintenant on palpe la tumeur au bout d'un certain temps d'existence, on trouve des signes pathognomoniques d'une collection liquide ou du moins caséuse. Et d'abord la percussion donnera évidemment une matité absolue dans toute l'étendue de la tumeur. Si on vient à exercer des pressions alternantes en deux points opposés de cet abcès, on percevra

plus ou moins distinctement la *fluctuation*, ne serait-ce qu'au centre de l'abcès qui se ramollit le premier.

Cette collection purulente, dont le volume est très variable, saisie entre les doigts, est parfaitement adhérente à la cage thoracique. C'est donc un abcès froid sessile.

En présence de cette collection reconnue caséuse, ayant eu pour point de départ une lésion osseuse, ne serait-il pas possible de déterminer exactement la lésion osseuse primitive ? Des pressions méthodiques exercées sur les extrémités des arcs costaux qui réveilleraient la douleur au point lésé semblent rationnelles et pourtant cet examen, chez les quelques malades que nous avons en l'occasion d'examiner, ne nous ont fourni que des données douteuses. Souvent, en présence de lésions certaines, le malade n'a éprouvé aucune douleur à l'examen dont nous parlons.

Ce symptôme a donc sa valeur, mais il ne peut nous renseigner que d'une manière bien incertaine (Observation, Guillemin).

Si cependant on a à faire à la variété des abcès en bouton de chemise, la lésion osseuse ne pouvant être limitée, ne pourra-t-on pas diagnostiquer cette double poche ?

Souvent on arrivera à l'affirmative. Si par exemple on voit la tumeur augmenter de volume dans un violent effort d'inspiration, on pourra en conclure que cette tumeur n'est pas absolument extra thoracique ; de même si, par une pression on arrive à la réduction partielle de la tumeur on en conclura que le pus trouve une issue probablement intrathoracique :

A côté de ces symptômes inhérents à la tumeur existent

quelque fois des troubles fonctionnels résultant de ces lésions osseuses, mais qui sans contredit ont une importance bien moindre.

La douleur tient le premier rang et peut exister soit seulement au point lésé, soit d'irradier dans le sens des nerfs intercostaux.

Des lésions pulmonaires consécutives peuvent exister, mais souvent elles ne serviront qu'à augmenter les difficultés du diagnostic.

Voilà donc un abcès froid constitué, abandonné à lui-même, quel en est le mode de terminaison ordinaire ? La peau se laisse distendre facilement, le pus s'accumule. Pourtant, au bout d'un temps plus ou moins long, elle finit par rougir, s'amincit, se perfore, et l'abcès se vide au dehors. Il ne guérit pas pour cela et une fistule thoracique est créée. La suppuration, d'abord très abondante, diminue peu à peu sans jamais se tarir, l'orifice cutané ne se ferme pas, laisse écouler du pus qui contient souvent des petites particules osseuses. Si on a à faire à la variété des abcès intra-extra-thoraciques, la plèvre peut être envahie, perforée par les progrès de la maladie, et le malade peut rendre le contenu de la collection sous forme de vomique dont il faudra reconnaître le point de départ.

Si le médecin a été appelé au début de l'affection et qu'il se soit contenté d'ouvrir simplement l'abcès au bistouri, il verra une cicatrisation se faisant mal, l'ouverture rester fistuleuse, se remplir de bourgeons rouges pâles, saignant au moindre contact. Reconnaisant alors la lésion, il essayera d'en rechercher le point de départ osseux. Les explorations

les plus attentives, faites avec le plus de soin et le plus d'habileté resteront souvent infructueuses. N'est-ce pas ce qui est arrivé à M. Tuffier dans plusieurs cas ?

Pourtant, dans l'obligation d'admettre cette lésion, ne pourrait-on pas s'attendre à une guérison spontanée, un traitement palliatif ne serait-il pas suffisant ? Nous essayerons de démontrer qu'une intervention chirurgicale seule, la résection, est capable d'amener une guérison sûre et durable.

Pronostic. — Le pronostic de ces lésions osseuses tuberculeuses est toujours sérieux. L'individu atteint localement de bacillose est plus apte que tout autre à une généralisation qui l'enlèvera rapidement. Il faudra de plus tenir grand compte de l'âge du malade. Un enfant résistera bien mieux qu'un adulte ou un vieillard chez lesquels ce genre d'affection est de la plus grande gravité. L'état général antérieur doit ici jouer un rôle prépondérant. Autant d'individus, autant de pronostics différents. Chez l'un, un simple grattage suffira pour obtenir une guérison durable ; chez tel autre, les plus grands sacrifices ne pourront venir à bout de cette infection qui se généralise malgré tous les efforts.

Au point de vue opération considérée à part, nous pensons que le meilleur pronostic peut être porté, malgré les plus grands délabrements, à une condition cependant, c'est que les règles de l'antiseptie soient rigoureusement observées.

La réunion par première intention, si on a pris bien soin d'enlever toutes les productions tuberculeuses, peut être obtenue. C'est dire qu'une guérison sûre sera le résultat de cette intervention au bout de quelques jours et après quel-

ques rares pansements. Cependant il ne faut pas trop s'attendre à ce résultat merveilleux, et comme nous avons pu l'observer chez le malade opéré par M. Quénu, malgré la plus grande antiseptie, la plaie a mis très longtemps à se cicatriser, des bourgeons de mauvaise nature se sont développés dans la plaie, il y a eu là une auto-inoculation bien décrite par Verneuil, preuve de la grande difficulté qu'il y a à enlever tout le mal. Heureusement qu'on peut en venir à bout et c'est après de nombreuses cautérisations au nitrate d'argent qu'on parvient à ne laisser dans la plaie que des bourgeons cicatriciels de bonne nature (Observation I).

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic des abcès froids de la paroi thoracique est assez facile à faire. La symptomatologie, marche lente, insidieuse, progressive, les antécédents du malade pourront aider dans des cas délicats.

D'ailleurs, l'importance d'un diagnostic rigoureux sera souvent bien minime, si on admet comme cause générale de ces abcès une lésion osseuse.

Dans tous les cas, une résection large du mal comme nous essayerons de le prouver sera nécessaire.

Cependant, il est utile de différencier ces tumeurs de certaines autres collections qui, au premier abord, peuvent en imposer pour un abcès froid. Nous citerons en première ligne l'anévrysme. La science nous cite des exemples où le diagnostic a été vivement discuté avant d'arriver à une certitude, et même par les maîtres de la médecine. Nous rappelons seulement comme preuve l'exemple d'un malade soigné par le professeur Richet, atteint d'un abcès froid de la région thoracique. Plusieurs médecins l'avaient examiné avant le professeur Richet. M. Gallard, médecin à l'Hôtel-Dieu, entre autres, tous avaient porté le diagnostic d'anévrysme ayant perforé la cage thoracique. Pourtant le double bruit de souffle pathognomonique ne fut pas trouvé par Richet. L'hé-

sitation lui vint, il en fit un abcès partant d'une lésion costale située à la région précordiale. La poche était donc placée entre la paroi pectorale et le péricarde, refoulant ainsi cette membrane et le cœur qui lui transmettait ses mouvements d'expansion. Une ponction exploratrice faite avec une très fine aiguille leva tous les doutes. On était bien en présence d'un abcès froid de la région thoracique.

Ce diagnostic doit donc être discuté, une erreur semblable aurait de bien trop tristes conséquences.

Une autre lésion qui peut, elle aussi, en imposer pour un abcès froid de la région thoracique, c'est le kyste hydatique développé dans les muscles intercostaux ou le grand pectoral. Je ne citerai comme preuve que l'histoire d'un malade de M. le professeur Verneuil, chez lequel l'erreur fut commise.

Cet homme s'est aperçu il y a 7 ans d'une tumeur située sur la poitrine, du côté gauche, peu sensible à la pression, mais qui bientôt, pendant la nuit, lui causa de vives douleurs. A son entrée à l'hôpital, la tumeur présente le volume d'une mandarine. Elle n'est pas adhérente à la peau, mais elle est très nettement fluctuante.

Le professeur Verneuil porte le diagnostic d'abcès froid paracostal. Une ponction est faite afin de remplacer le contenu retiré, par une injection d'éther iodoformé. Le liquide retiré est puriforme, mais l'examen démontre l'existence de membranes ankystées. C'était donc un kyste hydatique. Quelques jours après, le malade est opéré, la tumeur est incisée, un liquide légèrement purulent s'en écoule, contenant des quantités d'hydatides. Un côté qui a aussi son intérêt dans cette observation, c'est qu'on se trouvait en présence

d'un kyste à double poche, dont la plus considérable était intra-thoracique, fait qui n'avait même pas été soupçonné.

Inutile de dire que le malade a parfaitement guéri.

Ce malade nous intéresse donc doublement, d'abord en nous montrant qu'un kyste hydatique peut en imposer pour un abcès froid thoracique, puis en nous persuadant de la difficulté qu'il peut y avoir à diagnostiquer un abcès en bissac, quand bien même la poche intrathoracique serait énorme.

Une affection qui peut encore induire en erreur et amener la confusion, c'est l'existence d'une gomme syphilitique en état de ramollissement. Comment, en effet, diagnostiquer la variété de collection par un examen clinique sérieux, si ce n'est par l'emploi du traitement mercuriel ? Cependant, si la gomme est ulcérée le diagnostic est plus simple. La gomme tuberculeuse présente des bords décollés, amincis, violacés, le fond est anfractueux et baigné de pus.

La gomme syphilitique, au contraire, est taillée à pic, les bords sont épaissis, le fond jaunâtre est recouvert d'une matière concrète semblable au bourbillon d'un anthrax.

Quand la tuméfaction est apparue, le diagnostic avec l'ostéo-sarcome est parfois fort délicat. On se fonde sur la marche rapide et continue de l'ostéo-sarcome, douleurs parfois vives et persistantes, malgré le repos et l'immobilité, le développement rapide du gonflement et le caractère spécial qu'ont les masses organiques à repousser les tissus et à les écarter, l'absence de suppuration, la résistance absolue aux moyens thérapeutiques employés. La ponction aspiratrice lèvera souvent tous les doutes.

En présence d'une variété encéphaloïde d'ostéo-sarcome

situé sous le sein gauche chez une malade de trente ans, nous avons vu le docteur Marchand hésiter de longues semaines avant de poser un diagnostic certain. C'est assez dire les difficultés qu'on peut rencontrer en pareille occurrence.

Enfin on peut penser au lipome. Règle générale, la marche de la maladie, l'évolution ultérieure, la ponction, la diffusion de la tumeur lèveront tous les doutes.

Nous le voyons, le diagnostic qui devrait être si simple est souvent entouré de la plus grande obscurité. Pourtant le siège précis de la lésion serait fort important à connaître au point de vue l'intervention. En étudiant les symptômes, nous avons eu l'occasion d'étudier la valeur relative d'une pression méthodique sur l'arc costal. Elle peut être très utile, mais jamais un signe certain d'une lésion osseuse bien limitée.

L'examen le plus sûr en pareil cas, mais non pas infail-
lible, c'est l'examen avec un stylet. Règle générale, en faisant des recherches minutieuses on arrivera à trouver la lésion osseuse. Cependant, si on ne trouve rien, ne nous hâtons pas de conclure à l'indemnité absolue de la face profonde des côtes. Les observations que M. Guillemain, interne de M. Terrier, nous a fournies nous sont d'un précieux enseignement.



Fig. I. — Lésion osseuse trouvée sur la face profonde d'une côte enlevée au malade de l'Observation I.

Qu'on veuille bien examiner la lésion qui se trouverait sur la face profonde d'une côte enlevée par M. Quénu et on comprendra le peu de troubles qu'une pareille lésion peut occasionner.

TRAITEMENT.

Tous les moyens possibles ont été essayés dans le traitement de ces affections chroniques de la paroi thoracique, comme pour tous les abcès froids. Nous ne ferons guère que citer celles qui ont joui de la plus grande vogue pour les rejeter séance tenante comme insuffisantes et même quelquefois dangereuses.

Et d'abord, le traitement général qui rendra de si grands services comme adjuvant du traitement local est absolument **insuffisant dans les affections tuberculeuses**, causes d'abcès froids thoraciques. On peut citer des **améliorations** notables surtout chez les enfants, mais jamais une guérison sûre et durable, malgré tous les soins qu'on aura pris pour placer le patient dans les meilleures conditions hygiéniques. Le jeune âge seul pourra en retirer le plus grand bénéfice.

Il fallut donc chercher un moyen plus radical et plus sûr pour le traitement de ces lésions. Les esprits furent longtemps tenus en suspens par la crainte qu'on avait d'ouvrir un abcès froid d'un certain volume. Les parois s'enflammaient au contact de l'air, des produits septiques s'accumulaient, la surface interne de la poche les absorbait et des accidents redoutables éclataient, septicémies, infection purulente, fièvre hectique, etc. Le résultat pourtant ne se trouvait guère changé,

soit qu'on intervînt le bistouri à la main, soit que la collection s'ouvrît d'elle même. Il fallait donc agir.

On essaya d'abord tous les résolutifs. La compression, les badigeonnages à la teinture d'iode. Mais que pouvaient donc ces petits moyens contre une lésion aussi sérieuse qu'une carie osseuse, source première de ces abcès ? Les résultats furent insignifiants.

On se risqua alors à toucher à ces collections, mais avec une crainte énorme. On évacua le contenu par une fine ponction quand cet abcès menaçait de se rompre. Inutile de dire que bientôt les choses revenaient au même point. A peine retardait-on ainsi l'ouverture spontanée tant redoutée ?

Un des procédés qui semble avoir eu le plus de vogue et qui sûrement a rendu de grands services, n'est que le perfectionnement de ce dernier. On ponctionne l'abcès, on retire le pus et on remplace par des substances médicamenteuses, telles que les injections phéniquées, l'éther, l'iode, le naphthol.

De nos jours, le professeur Verneuil et son élève Verchère ont employé les injections d'éther iodoformé à 5/100. Ils assurent en avoir obtenu les meilleurs résultats. C'est exact, les grandes poches bien limitées, sans anfractuosités, ne peuvent que retirer un grand avantage de ces injections aseptiques et modificatrices. Tels sont les vastes abcès consécutifs à une adénite suppurée.

Mais cette médication sera-t-elle suffisante dans les abcès dont nous nous occupons, c'est-à-dire dans les abcès ayant une lésion osseuse comme point de départ ? D'autant plus que cette lésion sera souvent profonde, cachée loin de la poche sur laquelle on agira, ne communiquant généralement avec cette dernière que par un petit pertuis,

Qu'on pousse une injection bienfaisante, dans cette poche anfractueuse présentant des petits orifices dirigés en tous sens, à trajets plus ou moins sinueux, semblables à un terrier de lapins, remplis de bourgeons tuberculeux, et on comprendra la difficulté qu'il y aura à porter cette injection dans tous les points lésés. Comment, dans les abcès en bouton de chemise, par exemple, admettre que la poche intra-thoracique sera influencée quand on songe qu'on a souvent toutes les peines à trouver l'orifice de communication avec un stylet? Qu'on ajoute à cela les accidents relatés à la société de chirurgie par mon maître M. Quénu et par M. Houssaye, après les injections d'éther iodoformé, accidents se traduisant d'un côté par une anesthésie complète et par un sommeil profond, et de l'autre par une véritable intoxication avec vomissements incoercibles persistant plusieurs jours et un goût très désagréable de la bouche, si on se rappelle encore le sphacèle possible à la suite de ces injections, le procès de ce traitement, insuffisant dans le genre d'affection qui nous occupe, sera bien vite fait.

Nous concluons donc en disant que ce procédé peut être employé très avantageusement dans les abcès peu étendus et surtout bien limités, sans prolongements sinueux et lointains et quand toute lésion osseuse peut être écartée.

Rappelons en passant l'emploi des pointes de feu. Les critiques précédentes peuvent y être adressées et auront ici encore une bien plus grande portée.

Pourtant les esprits devinrent plus audacieux et on se risqua enfin à ouvrir les collections caséuses. Chassaignac conseilla d'ouvrir les abcès, et après avoir créé une contre-ou-

verture sur laquelle Demarquay attire l'attention, de drainer la poche pour permettre le libre écoulement du pus. Volkmann, de son côté, partage absolument cette idée. Les parois s'exfolieraient peu à peu et des bourgeons charnus de bonne nature apparaîtraient, oblitérant la cavité et amenant une guérison durable.

Malheureusement, ce traitement, qui semble rationnel, devient bientôt dangereux. Pour peu que la suppuration se prolonge — et c'est le cas habituel dans les abcès thoraciques d'origine osseuse —, le malade dépérit, la fièvre s'allume et bientôt il est emporté par les progrès de la cachéxie. Sans compter qu'on ne comprend guère la cicatrisation d'une lésion osseuse par le fait seul qu'on permet [au pus de ne pas s'accumuler, *à fortiori*, aurait-on ici l'auto-inoculation dont il est si difficile de se débarrasser.

Lister n'ayant plus à craindre l'accès des germes de l'air avec son nouveau pansement et l'infection consécutive, ouvrit largement ces poches, lava la paroi de ces abcès avec une solution forte d'acide phénique, et avec un bon pansement antiseptique obtint des guérisons.

Le fait est exact, mais ici encore, fatalement, dans un pertuis, en un point caché, il restera une parcelle tuberculeuse qui sera le point de départ d'une récurrence certaine (On employa le fer rouge pour détruire toutes ces matières tuberculeuses, mais sans compter les brûlures et les eschares, on comprendra facilement la difficulté qu'il y aura à poursuivre une fistule s'enfonçant dans un espace intercostal et conduisant dans une poche sous-pleurale).

Sédillot enfin conseilla de s'armer d'une spatule, d'un grat-

toir, d'une curette et après avoir ouvert largement l'abcès, d'extirper jusqu'au dernier vestige, le tissu tuberculeux qui infiltre la paroi, opération délicate, car ces prolongements traversent même les aponévroses. L'opérateur transformerait ainsi une lésion tuberculeuse en une plaie simple. La phase d'éfoliation sera ainsi supprimée et avec une grande antiseptie une réunion par première intention pourra être obtenue.

Il faut cependant se rappeler qu'on échoue souvent. Une suppuration s'établit en un point de la plaie, une fistule persiste, une nouvelle collection se forme, la récurrence apparaît. Comment en serait-il autrement dans les abcès froids thoraciques. Grattez l'abcès superficiel, la cause première cachée est à l'abri : on ne peut souvent à peine que la soupçonner.

D'ailleurs, cette opération conservatrice n'est pas exempte de danger. En certains cas elle active la diathèse tuberculeuse, provoquant des accidents fort graves dont le plus fréquent est la *miningite bacillaire*.

Devant tous ces échecs, le chirurgien doit-il rester inactif? Ne peut-on donc pas obtenir une guérison certaine? Enlevons donc toutes les parties malades, dépassant largement le mal et voyons les résultats obtenus.

Ce traitement radical, préconisé dans les affections de la paroi thoracique par M. Quénu et par M. Tuffier, j'essayerai de le décrire d'après les bons principes qu'ils ont bien voulu m'enseigner (Cette opération cependant a été pratiquée de la plus haute antiquité. *Celse*, *Galien* ont plusieurs fois enlevé des fragments de côtes).

Jusqu'au moyen âge, cette opération est restée dans l'ou-

bli, et ce fut un chirurgien espagnol, *Arce*, qui la remit en honneur.

Marc-aurèle Séverin, vers le milieu du 17^e siècle, pratique cette opération sur *Albertinus*, qui guérit à la même époque. *Ozias Aymar*, de Grenoble, enleva 3 côtes chez une femme.

Au 1^{er} siècle *Le Cat*, *David* eurent l'occasion de faire cette opération. Plus près de nous, *Moreau*, en 1795, fit une résection costale à Bar-le-Duc.

Jean-Louis Petit, *Lapeyronie*, *Moreau* père, *Pelletan*, *Boyer* la conseillent. *Chassaignac* préfère le drainage.

Demarquay veut qu'on ne résèque une côte qu'autant qu'on est sûr que la face profonde est intéressée, parce qu'alors la plèvre étant épaissie il n'y a pas de danger de perforation. Enfin *Clot-Bey*, en 1835, relate deux observations de résection costale. *Follin*, la conseille toutes les fois qu'on est sûr d'une lésion osseuse, et enfin *Nélaton*, après avoir passé en revue les différents traitements, dit : « Ces opérations ne peuvent convenir que si la carie est peu étendue. Si une grande partie de l'os est malade il faut s'armer du ciseau et du maillet, du coupe-net de Larrey, des pinces de Liston et enlever toutes les parties malades » (1).

On le voit donc, cette opération n'est pas neuve, mais elle n'a été pratiquée qu'autant qu'on trouvait des lésions osseuses évidentes et étendues. L'idée de réséquer toutes les fois qu'on a à faire à une fistule ou à un abcès thoracique, quand bien même on ne trouverait pas de lésion osseuse, est donc le point important de cette thèse.

1 Thèse de Dhoné. Bordeaux, 1891.

Prenons donc le cas ordinaire dans lequel le chirurgien se trouve en présence d'un abcès de la région thoracique. Quelle conduite tenir ?

Après avoir procédé aux préliminaires d'usage pour toute opération sanglante et avoir mis la région dans un état d'aseptie parfaite, on s'arme du bistouri, on dissèque les téguments jusqu'à ce que l'on tombe sur la paroi propre de l'abcès. On libère cette poche le plus possible. Alors commence le second temps, qui consistera dans l'ablation de la collection liquide.

Si on a à faire à un abcès non enflammé, tous les efforts du chirurgien devront tendre à la dissection de cette poche sans ouverture préalable. Ce sera le moyen le plus sûr de ne pas laisser de tissu malade dans la plaie. Mais cette conduite n'est pas toujours applicable. Cette tumeur peut être enflammée, dans les efforts de la dissection le bistouri peut glisser et ouvrir involontairement la poche, qui d'ailleurs peut adhérer profondément. Dans ce cas, la conduite à tenir diffère un peu : s'armant de la curette tranchante après avoir agrandi l'ouverture, on se mettra en devoir d'enlever tous les tissus douteux. On râclera les parois, la membrane tuberculeuse, jusqu'à ce que l'on croit être arrivé sur les tissus sains. Il est évident que cette conduite ne donnera jamais la même certitude que l'énucléation préalable de cette poche remplie de bacilles. Cependant, si on a pris grand soin de promener sa curette en tous les points en allant aussi profondément qu'on l'aura jugé nécessaire, il n'est pas douteux qu'une ablation complète du mal peut être obtenue et qu'on pourra de la sorte n'avoir plus à craindre une récurrence, dans les parties molles.

Là cependant ne doivent pas se borner les efforts du chirurgien. Il est évident que si après l'ablation de la poche on se trouve en présence d'une lésion osseuse ou cartilagineuse située sur la face externe de la côte, ces lésions devront être enlevées avec soin. On devra réséquer toutes les parties malades, largement, car l'anatomie des pièces enlevées que nous avons pu examiner nous prouve la manière dont se fait en général la récurrence.

En effet, sur les débris costaux on voit généralement des fungosités caractéristiques dépasser de deux centimètres et même davantage la lésion ulcérée. Si dans ces cas on s'était contenté de gratter le point lésé, la récurrence ne se serait pas fait attendre longtemps.

Pourtant, rien d'apparent n'apparaît à l'œil, tout semble bien enlevé, les tissus paraissent sains, doit-on arrêter là son intervention ?

Non. Les observations que nous rapportons nous semblent concluantes. Dans presque toutes les observations, l'examen extérieur resta négatif et ni M. Quénu, ni M. Tuffier, ni M. Broca ne se tiennent pour satisfaits. Pendant les intercostaux largement, en prenant soin d'éviter l'artère intercostale qui, si elle venait à être lésée, pourrait être la cause d'une hémorragie fort grave et à elle seule être une indication de résection costale pour pouvoir en faire la ligature, on met son doigt dans la plaie et le recourbant en crochet on trouvera presque toujours des lésions osseuses étendues situées à la face profonde des côtes. Chose remarquable, les lésions les plus graves existeront souvent chez des malades qui avaient un abcès extra-thoracique en apparence insignifiant.

En présence de ces lésions cachées, la conduite à tenir est simple. On s'armera de la pince coupante de Liston, du coupe-net de Larrey, on chargera la côte sur une tige rigide, un grattoir par exemple, et après avoir fendu le périoste et l'avoir décollé, on réséquera plusieurs centimètres de cet arc costal si on le juge nécessaire, en prenant bien soin de ne pas léser la plèvre, qui généralement dans ce cas se trouve épaissie, comme pour opposer une barrière au pus. On ne devra s'arrêter dans cette voie que quand on aura la certitude qu'il ne reste plus en aucun point de la plaie, du tissu malade pouvant amener une récédive. (*Voir obs. VII*).

L'opération chirurgicale se trouve ainsi terminée. Il faut maintenant procéder au pansement, qui aura une grande importance pour une guérison rapide. Après un grand lavage de la plaie avec du chlorure de zinc ou du sublimé, on se mettra en devoir de suturer les lèvres de la plaie, de drainer cette cavité et enfin de panser avec l'iodoforme et la ouate hydrophile. Le résultat ne se fera pas attendre, on pourra ainsi obtenir une réunion par première intention et le malade pourra être complètement rétabli au bout de quelques jours. Les observations recueillies dans le service de M. Terrier sont concluantes à ce sujet.

Pourtant, il se peut très bien que malgré tous les soins qu'on ait pris, la plaie opératoire s'infecte et donne du pus pendant longtemps. Cautérisez énergiquement au nitrate d'argent tous les bourgeons qui sembleront de mauvaise nature et avec tous ces soins la guérison sûre sera obtenue : ce ne sera plus qu'une affaire de temps.

Cette opération sera singulièrement influencée par un trai-

tement général et antituberculeux bien fait. Ces malades sont des tuberculeux, tuberculose locale je le veux bien, mais tuberculose pouvant se généraliser rapidement. Il faut donc favoriser les moyens de défense naturelle de l'organisme contre le bacille en améliorant l'état général du malade.

Les précautions hygiéniques tiennent la première place. Il faudra tout d'abord soumettre le malade à une alimentation reconstituante, composée principalement de viande, de lait bouilli, de vins généreux. Les amers, le quinquina, seront employés pour stimuler l'appétit et permettre une alimentation aussi abondante que possible.

Une autre indication non moins importante est de placer le malade dans un milieu sain, dépourvu de tout germe infectieux. A ce point de vue le séjour à l'hôpital est éminemment défavorable. Aussi les malades ne doivent-ils séjourner que le temps strictement nécessaire aux opérations que réclame leur état.

Dans l'intervalle ils seront envoyés à la campagne, au grand air, et s'il est possible dans les stations des montagnes. On sait quel rôle important joue l'aération dans la thérapeutique de la phthisie pulmonaire : la tuberculose osseuse comporte les mêmes indications.

Le séjour au bord de la mer rend, dans certain cas, des services signalés. C'est surtout chez les enfants scrofuleux que l'air marin agit d'une façon efficace. Les petits malades placés dans ces conditions engraisseraient rapidement, leur état général s'améliore et il n'est pas rare de voir se tarir des supurations déjà anciennes, et des lésions locales marcher rapidement à la guérison.

A ces moyens hygiéniques on ajoutera les préparations médicamenteuses employées contre la tuberculose. L'huile de foie de morue, les préparations créosotées, viennent en première ligne, l'iode, l'arsenic, le fer rendront aussi des services sous forme d'iodure de potassium, d'iodure de fer, de liqueur de Fowler. Enfin le vin phosphaté, les solutions de bi-phosphate de chaux, sont également utilisables dans les diverses formes de tuberculose osseuse.

Mais, nous le répétons, le spécifique de la tuberculose n'existe pas et ces différents moyens ne peuvent être considérés que comme des adjuvants indispensables, il est vrai, du traitement local. Le grand air, le soleil, une excellente alimentation forment le trépied thérapeutique de toutes les tuberculoses. On pourra d'ailleurs varier ce traitement à l'infini, suivant les circonstances et le milieu dans lequel on se trouvera.

L'association de ces traitements, qui seuls semblent rationnels ; fourniront quelquefois des résultats merveilleux et tout à fait inespérés. Nous ne saurions en citer un plus bel exemple que celui du malade qui fait l'objet de notre observation VIII. Ce malade était un effet dans un état proche d'une cachexie profonde. Il présentait des symptômes alarmants, du côté de son tube digestif, il était d'une maigreur extrême, un dénouement fatal était imminent.

M. Quénu, pourtant, ne désespéra point, et malgré son état moribond, il l'opéra. Dès que le malade se sentit capable de quitter l'hôpital, il y fut autorisé. Les choses changèrent bientôt de face, le malade engraisa, prit des couleurs, les troubles alarmants s'amendèrent. Aujourd'hui son état géné-

ral est très bon et si ce n'était sa fistule qui persiste encore, personne ne saurait se douter de l'extrême cachéxie dans laquelle il était tombé. Tout porte à croire que la guérison n'est plus chez lui qu'une affaire de temps.

CONCLUSIONS.

1° Les abcès froids et fistules thoraciques sont très fréquents. Ils suivent de près les lésions tuberculeuses du tibia et du fémur, qui existent le plus souvent. Le jeune âge se trouve le plus ordinairement atteint. Le sexe masculin bien plus fréquemment que le sexe féminin.

2° Ces abcès thoraciques ont toujours, à quelques rares exceptions près, un point de départ osseux qu'il faut toujours rechercher avec soin. Nous croyons l'avoir démontré en étudiant les quelques observations que nous avons pu nous procurer. Partout un os lésé, soit superficiellement, soit profondément.

3° Si on ne trouve pas de lésion osseuse après l'ouverture d'un abcès froid, ne pas conclure à une périostite ; chercher l'espace intercostal perforé antérieur, débrider, et, recourbant le doigt en crochet, examiner la face profonde des côtes.

4° Ces abcès froids thoraciques ne guérissent pas spontanément. Un traitement palliatif : injections, grattage, etc, ne sauraient donner une guérison sûre et durable.

5° Traités d'une façon complète, c'est-à-dire par une résection large et absolue de toutes les lésions, tant des parties molles que du squelette, qu'elles soient apparentes ou cachées,

entourées de toutes les précautions antiseptiques, ces lésions ne sont qu'une maladie dont le pronostic est très favorable.

Le seul côté funeste qu'on doit redouter, c'est la généralisation de cette tuberculose dans d'autres organes, qui pourront emporter rapidement le malade et qu'un bon traitement général aidera à éviter.

6° Surveiller la plaie opératoire et poursuivre les bourgeons de mauvaise nature avec le crayon de nitrate d'argent s'il vient à s'en former.

OBSERVATION I.

Carie costale et de l'extrémité inférieure du cubitus. Personnelle. (Prise dans le service du docteur Quénu).

Chassang (Pierre), âgé de 33 ans, journalier. Ce malade entra le 31 janvier 1891 salle Chassaignac, n° 4, à l'hôpital Cochin.

Pas d'antécédents héréditaires, père et mère bien portants. Bonne santé habituelle, sauf une fièvre typhoïde en 1887.

Depuis le mois de mars 1890, le malade s'est aperçu d'une tumeur petite, située sur le côté gauche du thorax, qui ne lui occasionnait d'abord aucune douleur. Peu à peu cette tumeur a augmenté de volume et c'est seulement le 27 novembre 1890 qu'il se décide à entrer à l'hôpital dans le service de M. Th. Anger. A ce moment, un petit abcès se forme, il fut ouvert le 4 décembre 1890. On réséqua même un petit bout de la huitième côte. Depuis ce moment il est toujours resté un petit trajet fistuleux donnant très peu de pus. C'est pourquoi le malade entre de nouveau à l'hôpital.

Etat actuel. — Son état général est bon. Le malade est vigoureusement musclé. Il ne présente pas de lésions pulmonaires. Sur le côté gauche du thorax, au niveau de la huitième côte, on trouve encore les cicatrices de l'incision précédente et vers sa partie moyenne un petit trajet fistuleux par lequel s'écoule tous les jours quelques gouttes de pus. Un stylet permet de constater un décollement qui semble peu étendu ; mais on arrive quand même directement sur la huitième côte. L'état local et général reste le même pendant un mois.

Le 18 février, on s'aperçoit d'une petite tuméfaction développée

sur l'extrémité inférieure du cubitus droit, qui augmente tous les jours suivants. C'est la formation d'un nouveau foyer de tuberculose locale. Pas de modification de la peau à ce niveau.

Opération le 16 mars. — Grattage de l'ancienne cicatrice. Large incision ovalaire entourant tout le tissu cicatriciel et ablation du trajet fistuleux ancien et de la peau qui l'entoure dans une étendue de 2 centimètres, jusqu'au point où elle est absolument saine.

Large incision transversale de 12 centimètres environ au niveau de la neuvième côte. On tombe sur des petits foyers caséeux fusant au milieu des muscles. Incision verticale de 12 centimètres joignant l'extrémité inférieure de la précédente. On trouve encore des nouveaux foyers caséeux, ceux-là plus limités et mieux localisés que les précédents.

On touche ces foyers tuberculeux avec une solution de chlorure de zinc. Ceci fait, on commence les résections costales des cinquième, sixième, huitième, neuvième, dixième et onzième côtes : on résèque deux centimètres et demi de la sixième côte, trois à quatre centimètres des cinquième et septième côtes, enfin cinq centimètres des neuvième, dixième et onzième. A la face interne de chacune de ces côtes on trouve des petits foyers caséeux fusant entre la plèvre, qui est très épaisse à ce niveau, et la face interne des côtes. Au moment de la section des côtes, les artères intercostales donnent beaucoup de sang, mais la résection est faite très rapidement. Il est alors très facile de pincer les artères lorsque la côte est complètement enlevée.

Toutes les lésions osseuses siègent sur la face interne des côtes. La face externe paraît absolument saine. A la face interne on voit de véritables ulcérations avec disparition du périoste, nécrose, tissu osseux friable. Sur les six côtes réséquées, les lésions siègent cinq fois à la face interne.

Suture de la peau, Drainage. Pansement iodoformé.

Deuxième opération. — Incision sur le bord postérieur du cubitus. Décollement du périoste avec la rugine. Résection de la moitié interne

de l'extrémité inférieure du cubitus sur une étendue de trois centimètres environ. Suture. Drain. Pansement iodoformé. Réunion par première intention. Huit jours après l'opération on enlève le drain et les fils.

Suites opératoires. — Le malade n'a jamais présenté de grande température. De temps à autre, un peu d'exacerbation vespérale. Le changement du pansement mettait tout en ordre.

Pourtant une fistule a persisté fort longtemps à la place du drain ; elle s'est comblée peu à peu, et aujourd'hui tout serait fini de ce côté là, s'il n'existait dans la cicatrice des bourgeons mous de mauvaise nature qui nécessitent une cautérisation assidue au nitrate d'argent et retardent d'autant une guérison sûre.

L'état général du malade s'est toujours bien maintenu, et si on pouvait l'envoyer à la campagne et lui donner une nourriture saine et abondante, nous sommes persuadés qu'il se relèverait très vite de sa longue maladie.

Malheureusement sa lésion osseuse du cubitus semble récidiver, une nouvelle opération sera sûrement nécessaire, voilà surtout ce qui le tient encore à l'hôpital.

OBSERVATION II.

Carie costale. Secondairement abcès sus-mammaire et abcès du médiastin (due à l'obligeance du docteur Tuffier).

La nommée Haron (Héloïse), âgée de 32 ans, blanchisseuse, entre le 9 mai 1889, salle Cochin, n° 3.

Cette malade est entrée dans le service il y a 16 mois pour un abcès sus mammaire du sein gauche. Cet abcès s'est ouvert à l'extérieur, à la partie inféro-externe du sein. Une contre-ouverture a été pratiquée à la partie interne, permettant le drainage. La guérison

ne s'est pas faite, mais il a persisté un long trajet fistuleux d'une quinzaine de centimètres environ et du diamètre du petit doigt, qui passe obliquement sous le sein, immédiatement sur la paroi costale.

A deux reprises, des tentatives ont été faites (débridement des orifices) pour découvrir une cause osseuse expliquant la persistance de la suppuration. Ces tentatives ont été infructueuses. La malade a eu pendant longtemps du pus, ayant été infectée par une malade voisine. Au commencement de septembre, le sein gauche se gonfle à son tour, il est soulevé par une collection qui ne tarde pas à se faire jour au dehors, au niveau du sternum.

Opération le 30 septembre. — On se propose d'ouvrir largement d'une part le trajet fistuleux, d'autre part l'abcès du sein, de façon à en gratter la surface et à enlever les côtes malades s'il y en a.

Le trajet fistuleux sus-mammaire gauche est donc fendu dans toute sa longueur et gratté, une côte est ainsi découverte, grattée et réséquée sur une étendue de cinq centimètres environ. On met ainsi à découvert une cavité grosse comme un œuf, qui était accolée à cette côte et au fond de laquelle on voit battre la pointe du cœur. Elle est placée immédiatement en avant du péricarde, au dessus du diaphragme et en dedans du cul de sac pleural gauche. Cette cavité est grattée, bourrée de gaze iodoformée. La plaie opératoire est suturée après avoir placé une mèche de gaze dans le trajet fistuleux.

Du côté droit, une ouverture est faite à la poche, qui est grattée; un fragment de côte malade est enlevé à la curette. De ce côté, l'opération a été faite moins méthodiquement et peut-être moins complètement que de l'autre côté. Cette cavité est bourrée de gaze iodoformée.

2 septembre, 1^{er} pansement. — Rien de particulier. Actuellement les plaies suppurent abondamment. Le trajet fistuleux sus mammaire est reproduit.

Sortie le 3 septembre. Elle avait été prise depuis la veille d'hémoptisies et d'étouffements très pénibles.

Elle était très affaiblie, il est à craindre qu'elle ne puisse résister à une longue suppuration, d'autant plus que son mauvais état général rendra la réparation très difficile.

OBSERVATION III.

Abcès froid costal (3^e côte). Service de M. Terrier. Due à l'obligeance de M. Guillemain, interne.

Le Carpentier, âgé de 62 ans, journalier, entre le 17 février 1894 salle Jarjavay, lit n° 23, à l'hôpital Bichat.

Aucun antécédent bacillaire. Fièvres intermittentes en Crimée 1854. En mai 1890 violente contusion sur le côté droit du thorax (?). Depuis ce jour, quelques douleurs à cet endroit.

En décembre 1890, le malade s'est aperçu qu'une tuméfaction se formait à peu près dans la région traumatisée. Elle a peu à peu augmenté depuis.

Etat actuel. — Dans le septième espace intercostal droit, à 3 ou 4 centimètres au-dessous du mamelon, le malade porte un abcès du volume d'une mandarine. La peau qui le recouvre est rouge et menace de s'ulcérer. Indolence absolue. Fixité de l'abcès à la cage thoracique. La pression sur la côte qu'il recouvre ne provoque pas de douleurs.

Opération le 22 février par M. Guillemain, aidé de M. Broca. — Incision longue de 10 centimètre, dissection d'une grande partie de la poche, le reste adhérent aux espaces intercostaux est enlevé à la curette et aux ciseaux. On aperçoit alors sur le muscle intercostal externe, immédiatement au-dessous de la septième côte, un orifice rempli par une masse fongueuse, laquelle enlevée à la curette laisse voir

un trajet obliquement ascendant vers la face interne de la côte. Après décollement du périoste, résection de 3 centimètres environ de la septième côte.

A la face interne du fragment on trouve un petit foyer tuberculeux situé tout près de la jonction avec son cartilage. La section antérieure porte même sur le cartilage.

Lavage de la cavité au chlorure de zinc, suture, drainage. Pansement iodoforme.

Suites opératoires. — Du 21 février au 1^{er} mars température variant entre 37° et 37°5.

Le 1^{er} mars ablation du drain et des fils. Réunion par première intention.

Le 7 mars exeat. Le malade semble complètement guéri.

OBSERVATION IV.

Abcès froid sternal et costal. Due à l'obligeance du docteur Tuffier.

Guibert (Auguste) âgé de 56 ans, journalier, entre le 16 septembre 1890, salle Nélaton, service de M. Anger, suppléé par M. Tuffier, pour une volumineuse tumeur occupant la région sternale. Cette tumeur a apparu au mois d'août 1890, M. Rochard, à la Charité, l'a déjà traitée par des pointes de feu. La tumeur a continué à augmenter. Il était à la Charité pour un abcès froid de la région dorsale et de la partie postérieure de l'épaule droite. Il fut opéré. Il persiste des cicatrices et une petite fistule à la région dorsale.

Etat au moment de l'entrée. — Grosse tumeur présternale, fluctuante, rouge. Elle est subdivisée en deux parties. La portion supérieure, plus petite, est séparée de l'inférieure par un sillon transversal. La tumeur empiète sur la région costale du côté droit.

En bas elle s'étend jusqu'à la base de l'appendice xyphoïde.

Douleurs lancinantes au siège de la tumeur, éprouvées par le malade depuis que la tumeur est rouge, c'est-à-dire depuis une dizaine de jours.

Etat général. — Assez bien conservé. Exacerbation fébrile le soir T. 39°.

Le diagnostic d'abcès froid enflammé n'est pas douteux. Il faut donc intervenir en l'incisant et en grattant les parties malades.

Opération. — Incision de la peau au point culminant de la tumeur, incision en croix, évacuation du pus.

Les lambeaux au nombre de quatre sont réclinés, on cherche le point de départ de l'abcès. Rien d'apparent ne se voit extérieurement. La surface du sternum est lisse. Aucune des côtes mises à découvert ne paraît malade. Pressant sur la troisième côte droite, on fait sourdre du pus venant du médiastin. Un stylet introduit sous la côte pénètre facilement, et fait sentir la face interne d'une côte éburnée.

Réséction de 5 centimètres environ de cette côte. Carie très apparente sur la face interne de cet os. Au même niveau la plèvre est épaissie, formant un rempart au pus qui a dû fuser à l'extérieur.

Pansement. — Après rabattement des lambeaux ou suture, on draine la plaie et on recouvre le tout d'un pansement à la gaze iodoformée. Six jours après on lève le premier pansement. Il n'y pas de pus. Les quatre pointes des lambeaux qui étaient extrêmement minces ne sont pas réunies et tendent au sphacèle, on les résèque.

Nouveau pansement à la gaze iodoformée. Drain placé dans l'excavation formée par la côte réséquée.

Tous les trois ou quatre jours, nouveau pansement iodoformé.

Le 20 octobre, la réunion et la cicatrisation sont presque complètes.

OBSERVATION V.

*Abcès froid chondral (dixième cart. gauche). Service de M. Terrier.
Interne, M. Guillemain.*

Le nommé Clarot (Charles), âgé de 55 ans, cocher, entre le 10 mars 1891 salle Jarjavay, n° 11, à l'hôpital Bichat.

Aucun antécédent bocillaire. Bronchite chronique et emphysème depuis de longues années.

Il y a 6 mois, le malade a été pris de douleurs rhumatismales dans l'épaule gauche qui ne ressemblent point à de la tuberculose. Quelques craquements quand on fait mouvoir l'article (arthrite sèche).

Début de l'abcès. — Il a été remarqué par le malade il y a 2 mois et ne semble pas avoir augmenté depuis. Il a été traité dans un service de chirurgie de Beaujeon par des pointes de feu.

Examen. — L'abcès, du volume d'une mandarine, siège sur le rebord cartilagineux gauche du thorax et un peu en avant de la ligne axillaire ; il est mobile sous la peau et sur la cage thoracique. Indolence à la pression sur lui et sur les cartilages voisins.

Opération le 13 mars 1891. — Chloroforme. M. Broca opère, aidé de M. Guillemain.

Dissection à peu près complète de l'abcès, extirpation de la poche.

Le cartilage de la dixième côte a une fracture spontanée à peu près à deux centimètres de son extrémité sternale. Ce fragment est enlevé et il contient à sa face interne une *caverne tuberculeuse* arrondie qui logerait un noyau de cerise.

Résection d'un centimètre et demi du cartilage adhérent à la côte qui est saine.

Lavage de la poche au chlorure de zinc. — Drain. — Suture.

Suites opératoires. — Du 15 au 19 mars, le malade a 37,°5 le matin, 38°5 le soir. Rien pourtant du côté de la plaie.

19 mars. — Ablation des fils et des drains. Réunion immédiate.

Du 19 au 24, bien que la plaie fût complètement guérie, le malade a continué à avoir de la fièvre, de l'excitation cérébrale, de la congestion pulmonaire. Le 24 il meurt probablement de délirium tremens.

OBSERVATION VI.

Abcès froid costal. Service de M. Terrier. Interne M. Guillemain.

Le nommé Durand, (Gaston), âgé de 15 ans, entre le 5 mars 1891 salle Jarjavay, lit 23, à l'hôpital Bichat.

Antécédents. — Mère morte de tuberculose pulmonaire. Rien dans les antécédents personnels.

Début. — Il y a deux mois le malade s'est aperçu d'une grosseur du volume d'une noix à la partie antérieure du deuxième espace intercostal gauche, qui est allé en augmentant sans toutefois causer des douleurs.

Etat actuel. — Dans la région précitée, tumeur étalée aplatie, à peu près du volume d'un œuf de poule. Elle s'avance en dedans jusqu'au sternum. Aucun changement de la peau qui la recouvre. Fluctuation. Indolence à la pression sur le sternum et les trois premières côtes.

Diagnostic. Abcès froid chondro costal.

Opération sous le chloroforme par M. Broca, aidé par M. Guillemain le 8 mars.

Incision sur la partie culminante de la tumeur et parallèle aux fibres du grand pectoral. Dissection de la poche assez laborieuse, car elle adhère fortement à la face postérieure du muscle grand pecto-

ral, mais non aux côtés. Raclage à la curette des fongosités restantes.

On voit à la partie antérieure du deuxième espace un orifice sur le bord supérieur de la troisième côte, petit, rempli de fongosités, qui se dirige obliquement en bas et en dehors vers l'articulation de la troisième côte avec son cartilage.

Résection avec de forts ciseaux de 1 centimètre et demi de côte et de son cartilage. A la face postérieure de l'extrémité osseuse il y a un point dénudé très peu étendu. Pas d'infiltration caséuse dans l'os, en somme lésion tuberculeuse superficielle de l'extrémité de la troisième côte.

Lavage au chlorure de zinc. Drainage. Sutures. Pansement iodoformé.

9 mars. — Va bien, n'a pas eu de température.

15 mars. — Pansement. Pas de pus. Ablation des fils et du drain. La température n'a jamais dépassé 37°. Jamais il n'a eu ni douleurs ni des troubles de l'état général.

Il a quitté l'hôpital le 22 mars, c'est-à-dire 14 jours après l'opération, avec une guérison vraisemblablement complète.

OBSERVATION VII.

Carie sternale. Résection presque complète du sternum (due à l'obligeance de M. Tuffier.

Combe entre le 20 août 1888 à l'hôpital Cochin, salle Boyer, numéro 18, pour se faire soigner d'une affection chronique du sternum.

C'est un garçon de 25 ans, assez pâle, maigre, mais bien développé. Il n'a pas d'antécédents dignes d'être racontés.

Au mois de janvier 1885, il vit apparaître sans aucune cause connue une petite tumeur au niveau du tiers inférieur du sternum. Cette tumeur était indolente, du volume d'une noix. La peau, d'abord

normale à son niveau, devint rouge à mesure que la tumeur se développait. En même temps se manifestèrent des quintes de toux et une certaine anxiété respiratoire.

Trois mois après le début de ces accidents, au mois de mars, il se fit brusquement une rupture spontanée de la tumeur, une quantité notable de liquide s'écoule et les accidents de toux et de dyspnée disparaurent. Mais l'écoulement de pus persista et l'ouverture devint fistuleuse pour s'oblitérer de temps en temps.

L'état général restait excellent et notre homme continua son état de papetier pendant trois ans, jusqu'au commencement de l'année 1888.

Alors survinrent quelques douleurs au niveau du sternum. La suppuration augmenta, les forces diminuèrent, le malade fut obligé d'entrer à l'hôpital.

C'est à ce moment que M. Tuffier l'examina. Il trouva au niveau du tiers inférieur du sternum une tuméfaction du volume d'une mandarine, empiétant sur le côté gauche de la région, tuméfaction violacée, dure, adhérente au sternum et présentant à son centre une fistule. Elle conduit le stylet jusqu'à l'os dénudé et friable.

La tumeur et son exploration sont indolentes. L'examen de la plèvre et du poumon ne révèle aucune altération aussi bien au voisinage de la fistule que du côté des sommets. L'état général est assez satisfaisant.

Le diagnostic de tuberculose du sternum s'impose. Cependant M. Tuffier, avant toute intervention, ordonna l'huile de foie de morue à haute dose et des pilules d'iodoforme.

Le résultat de ce traitement général ne pouvait être douteux il fallait intervenir.

Opération le 28 août. — M. Tuffier fit sur la fistule une longue incision cruciale dont les deux traits viennent se croiser au niveau de l'ouverture de la fistule. Autour d'elle existe une masse fibro-caséeuse qu'il extirpe par dissection. L'os au-dessous est dénudé, perforé, fria-

ble et nettement tuberculeux. Il est évidé à la curette tranchante. A travers les perforations on aperçoit des fongosités sous lui. La perte de substance, véritable trépanation, présente le volume du pouce. Constatant l'envahissement du médiastin, il fallait se mettre en devoir de réséquer le sternum. Pour cela M. Tuffier décolle toutes les parties molles, y compris le périoste. Il obtint ainsi quatre lambeaux qu'il fit récliner en passant 4 fils aux quatre pointes. L'os fut ainsi mis à nu. Introduisant alors une grosse sonde cannelée fortement recourbée sous cet os, il fit glisser une des branche d'une pince coupante dans la cannelure et put ainsi commencer la section de l'os.

Il détache plusieurs triangles osseux par ce moyen et se fit ainsi une grande ouverture par laquelle on put explorer le médiastin.

Il était rempli de fongosité de haut en bas. La face postérieure du sternum était rugueuse et dénudée dans la plus grande partie de son étendue.

M. Tuffier ne s'arrête pas là. Il continue la résection du sternum et des côtes avec la pince coupante. La partie restante du sternum était soutenue par un davier et les parties profondes étaient repoussées avec une value plate. Le cœur bat au fond de la plaie. Tout le sternum est enlevé. Il ne s'arrête qu'au deuxième espace intercostal en haut. Là les fongosités s'arrêtent, la face postérieure du sternum est adhérente à son périoste normal et n'est pas dénudée. — Chemin faisant, le cinquième et le quatrième cartilage costal avait été réséqué dans l'étendue de trois centimètres.

La même résection est continuée en bas, sauf l'appendice xyphoïde le dernier centimètre, sur lequel s'insère le diaphragme.

Cette résection terminée, M. Tuffier se trouva en présence d'une large excavation étendue du deuxième espace intercostal jusqu'à la pointe xyphoïdienne limitée de chaque côté par les cartilages intercostaux sans appui et formée profondément par une masse fongueuse qui tapisse le péricarde et le cœur dont on voit les battements.

Ces fongosités sont grattées avec le plus grand soin à la cuillère tranchante, poursuivant tous les bourgeons de mauvaise nature dans tous les recoins de la plaie. L'opération fut ainsi terminée.

Réunion des quatre lambeaux, drainage au point décline. Pansement iodoformé et ouaté.

Suites opératoires. — Elles sont nulles. Le troisième jour le premier pansement ainsi que le drain est enlevé.

Le 8 septembre, la plaie est réunie partout, sauf à l'ancienne place du drain. Pendant tout ce temps, le malade, étendu sur le dos, n'a présenté aucun incident du côté de l'appareil respiratoire. Le cœur a fonctionné normalement.

Pendant les semaines suivantes, la cicatrice resta parfaite; mais l'orifice par lequel passait le drain persista. L'état général était parfait, notre homme se promenait sans aucune douleur, la cicatrice prenait de jour en jour une consistance plus ferme. Le 5 décembre, résolu à en finir avec cet orifice fongueux, M. Tuffier endort de nouveau le malade, explore la petite plaie et trouve au fond un petit séquestre. Séance tenante la plaie est agrandie, le fragment osseux libéré est enlevé. Il avait le volume d'une noisette et était développé au niveau de l'appendice xyphoïde. Le trajet et la cavité sont grattés.

Même pansement iodoformé et ouaté. Continuation du traitement général par l'huile de foie de morue et l'iodoforme.

Le 15 janvier le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Le 10 mai, M. Tuffier reçut de ses nouvelles. Il lui écrivait pour lui annoncer qu'il avait repris son travail habituel, qu'il ne souffrait pas, et qu'il pouvait exécuter tous les mouvements de sa profession, lui adressant en même temps les remerciements les plus chaleureux.

Sur une invitation de M. Tuffier, il revint à l'hôpital. Voici ce qu'on trouva : le thorax était un peu rétréci à partir de la deuxième côte. La cicatrice est solide, une aiguille enfoncée à ce niveau tombe sur une surface osseuse régulière.

A partir de la quatrième côte, la peau est froncée. la cicatrice est dure, mais nulle part n'existe de trace de substance calcaire ou osseuse. Il n'y a donc eu que régénération partielle de l'os. L'état général est bon, les mouvements ne sont pas gênés et la respiration s'exécute librement.

OBSERVATION VIII.

(Personnelle).

Carie costale, — Prise dans le service de M. Quémé.

Le nommé Gimalac Eugène, 26 ans, employé des postes entre à l'hôpital Cochin, salle Chassaignac, n° 9.

Comme antécédents nous ne trouvons rien de bien frappant. Il n'a jamais fait de maladie sérieuse.

Au mois de mai 1890 il eut une indigestion causée par l'ingestion de viandes gâtées et d'une grande quantité de boissons glacées. Sa santé jusqu'alors très bonne n'a cessé de périliter depuis. Diarrhée fréquente alternant avec une constipation opiniâtre. Perturbation de l'appétit, langue saburrale, sueurs nocturnes, amaigrissement rapide, pâleur extrême. Point de côté violent siégeant à gauche au niveau des trois dernières côtes.

La diarrhée est devenue incoercible, la faiblesse a augmenté, l'appétit a complètement disparu.

Le 31 décembre 1890 il entre à l'hôpital dans un état de cachexie extrême. Au niveau du point de côté on trouve une tumeur qui d'abord était grosse comme une noix, qui a augmenté peu à peu et aujourd'hui a le volume d'une grosse orange.

L'interne, M. Potier, lui pratique 4 ponctions successives avec l'aspirateur Dieulafoy.

Il donna de la sorte issue à un pus, verdâtre, mal lié grumeleux, de mauvaise nature surtout dans la dernière ponction où le pus

était si épais qu'il ne pût sortir par l'ouverture d'une grosse aiguille.

Opération le 29 janvier. — La tumeur est d'abord ouverte largement et évacuée. M. Quénu se mit alors en devoir d'enlever les côtes qui étaient saines à l'extérieur. Trois côtes furent reséquées. Elles étaient manifestement cariées à leur face interne. On se trouva alors en présence d'une grande poche ayant décollé la plèvre pariétale s'enfonçant jusqu'à la colonne vertébrale.

Râclage soigné et lavage au chlorure de zinc. Drain de 20 cent. de long dans la partie déclive de la plaie. Sutures. Pansement.

Le malade ne se ressent pas de son opération. On continue à le panser tous les jours. Il s'écoule une abondante sérosité purulente. La fièvre est tombée T° 37,5

1^{er} mars. — La sécrétion diminue. Les lèvres de la plaie sont très bien réunies. Il persiste un trajet fistuleux profond.

1^{er} avril. — Le malade a beaucoup engraisié. Il pesait 120 livres en entrant. Jusqu'au jour de l'opération il a encore maigri de 20 livres. A cette date il pèse 130 livres, ce qui fait 30 livres en deux mois.

On ne le panse plus que tous les deux jours. La plaie est en très bon état.

4^{er} mai. — Le malade a une bonne santé.

Le drain n'a que quelques centimètres. La plaie est en parfait état.

14 mai. — Le malade quitte l'hôpital où il revient tous les deux jours pour se faire panser.

Il ne tousse pas, la respiration est facile et se fait normalement. L'auscultation ne donne aucun signe stéthoscopique. Pas d'albumine dans les urines.

25 mai. — Le malade va aussi bien que possible. Il persiste une seule fistule à la place du drain qui n'existe plus. Des bourgeons de bonne nature tendent à oblitérer ce manque de substances.

Il est probable que les choses vont pour le mieux maintenant.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Tuffier.** — Des abcès froids de la paroi thoracique. Médiastinites tuberculeuses. Sem. Méd. Paris 1890, p. 385.
- Le Batard.** — Des abcès froids de la paroi thoracique. Paris, Thèse de 1887.
- Palmade Jean.** — Carie des côtes, Thèse de 1876. Paris.
- Tabard.** — Résection des côtes. Thèse de 1883. Paris.
- Joseph Antoine.** — Résection costale. Thèse de 1884. Paris.
- Koziol Stanislau.** — Ueber die Carie der Rippen. Inaugural Dissertation Breslau, 1887.
- Hermann-Lossen.** — Résection des côtes dans les abcès, retro-costaux. Gazette hebdomadaire, 1878.
- Pichon.** — Contributions à l'étude des abcès périostiques du thorax. Thèse de 1886. Paris.
- Lannelongue.** — Abcès froids et tuberculose osseuse.
- Dhomè.** — Contribution à l'étude de la résection costale. Bordeaux, 1890. Thèse.
- Sanchez-Tolèdo.** — Adénites de l'aisselle consécutives à des lésions pleuro-pulmonaires. Thèse de 1886. Paris.
- Leplat.** — Acès froids consécutifs à une pleurésie. Archives de médecine, 1855.
- Ollier.** Article Carie. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- Chonè.** — Abcès froids thoraciques. Thèse de Paris, 1873.
- Laurent.** — De la résection des côtes dans la carie costale. Journal de médecine et de chirurgie, Bruxelles, 1889, I. XXXVII, 441.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Vu,

Le Président de la thèse,

TILLAUX.

Vu,

Le Doyen,

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

HENRI JOUVÉ, imprimeur, 15, rue Racine, Paris.

